

UPA24h



TIMBAÚBA

GOV. MUNICIPAL

Hospital do
Tricentenário

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019

HORA: 10.25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE

Cartão SUS: 11 Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42

Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA

Logradouro: SÍTIO ANGELINA Nº

Complemento: CASA Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

[Assinatura]

2- ANAMNESE:

Ata Ultra de agudo de abdome
na t. sup. com tração cont. com furo em
perna esquerda

3- SSVV: T FC PA: FR: Glasgow: SatO2 HGT

56 bpm, 100% saturação

Arterial 150/90 mmHg

4 EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

D. Permeio ao to com furo na t. c.

Hipótese Diagnóstica:

Conduta: (X) Medicação (9) Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Ultra de agudo de abdome
2. D. Permeio ao to com furo na t. c.
3. ASBCE 12 + sutura de pele
4. TCC sob anestesia de furo
5. curativo

CID:

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Mauro C. S. Rosendo
COREN-PE 460.417 EMF



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Joní de Lima Andrade IDADE: 42pDATA: 14/05/19 HORA: 10:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 120/90 T: 36.5 FC: 72 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 1.70HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MED ☒

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epístax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

Comp. com
crisi - 28.5.19
Jh.

III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
2- Febre sem outros sinais clínicos ()
3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()
5- Internamento eletivo ()
6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

Por referir quadro de morte, apresentar carte no nome (E).

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**)

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
3- Coriza crônica ou recorrente ()
4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
7- Dor abdominal crônica ()
8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

po clauca

Manoela S. Rosendo
CORENPE 4005412/ENF

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ORIENTOU:

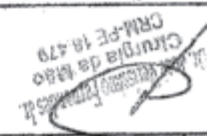
ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

Compare com o al 28.5.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbubá
Coordenação Financeira

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: 61/01/10Paciente: Timóteo AugustoIdade: 42 anosSenha: 5683641Anamnese: história de hipertensão arterial sistêmicacom tratamento com medicaçãoExame Físico: sem alteraçõesExame Físico: sem alteraçõesExame Físico: sem alteraçõesExame Físico: sem alteraçõesHipótese Diagnosticada CHCCHCMedicamentos/Procedimentos Realizados: 10/10/1010/10/10Equipe de Transferência: 500500Médico Aguiar Data: 1/1/10Br 408 Km 29- Loteamento Aracá
Cep: 53870-000 Timbóba-PI Tel: 3531-0443Tec. Wemerson
cond. Wemerson SeverinoCompare com original
28.5.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbóba/HTRI
Coordenação Financeira

SR 38

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Jose de Jesus Mendes</u>			ID (DUAS) VAS		
NOME DA MÃE: _____			CARTÃO SUS: _____		
CLÍNICA: <u>Amendoim</u>	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>1119465</u>		
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____	SEXO: ☐ F. ☒ M.	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>lesão do AP. superior e Jato</u>					
COMORBIDADE: _____					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Penicilina</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>14/05/19</u>		DATA DA ALTA: <u>17/05/19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____			CID: _____	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO				
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐			
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>lesão do AP. superior e Jato</u> <u>Penicilina</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: _____					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			ÓBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO: _____		
☐ OUTROS: _____					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <u>Ret. em ambul. de perna e 7 dias</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
<u>17/05/19</u> DATA  MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014356939570

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COL. RENAVAM 157836320 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

ALCIONE ALVES DE SOUZA

TIMBAUBA - PE

071.477.564-95

PLACA/RNTTC

***** 9C2KCL5E09R106001

PAS MOTOCICLETA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2P/149CL

PRETIC

PRETIC

1P/1PVA 2018 QUITADO

VIA FAVA (RVA) 184.80

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/03/18

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TIMBAUBA - PE

Marcelo Bruto da Costa Correia

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NAO-SEGURO DPVAT

PE Nº 014356939570 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALCIONE ALVES DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 7208

TIMBAUBA - PE

071.477.564-95

PLACA

***** 9C2KCL5E09R106001

PAS MOTOCICLETA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2P/149CL

PRETIC

PRETIC

1P/1PVA 2018 QUITADO

VIA FAVA (RVA) 184.80

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/03/18

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TIMBAUBA - PE

Marcelo Bruto da Costa Correia

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

18/01/19

DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NAO-SEGURO DPVAT

PE Nº 014356939570 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALCIONE ALVES DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 7208

TIMBAUBA - PE

071.477.564-95

PLACA

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398232/19

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

CPF: 039.768.844-05

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 14/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE LIMA ANDRADE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE DE LIMA ANDRADE : 039.768.844-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

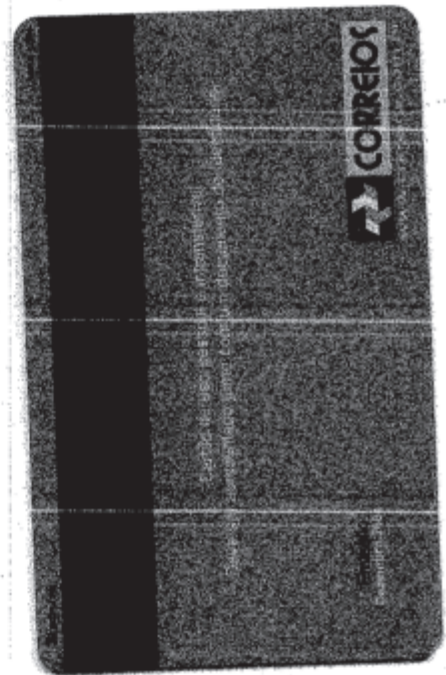
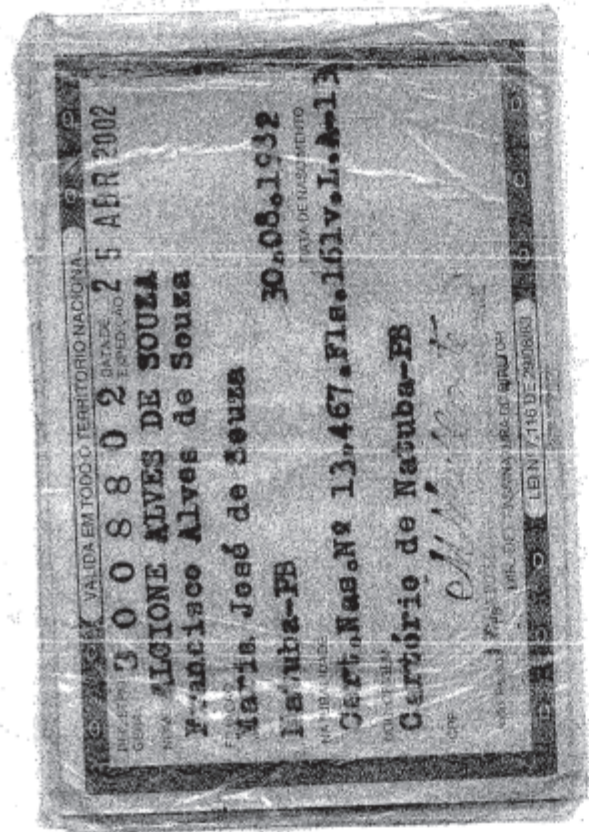
Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636002 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE **Data do acidente:** 14/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P1,3,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636002 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE **Data do acidente:** 14/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P1,3,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: José de Lima Andrade, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF de nº 039.768.844-05, residente na Rodovia BR nº 408, Barro, Timbaúba-PE, representado por Fláudio Alves de Souza, brasileiro, inscrito no CPF: 071.477.564-95, residente no mesmo endereço.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 14 / Maio de 2019.

Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 05 de Junho de 2019.

* Alcione Alves de Souza
(Reconhecer por autenticidade)

* Osmarceli Loures da Silva

Testemunha I.

Reconhecer por autenticidade

* Maria Kássia de Araújo Silva

Testemunha II.

Reconhecer por autenticidade



Reconheço por Autenticidade as firmas de NAARA KASSIA DE ARAUJO
SILVA, EMANUELA CARLA DA SILVA;

Dou fé, Timbaúba - PE, 01/08/2019 14:42:35, 01/08/2019 14:42:35.

Emol R\$ 7,18, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08,

TSNR R\$1,60, FERC R\$0,80

FILipe BRUNO DON SILVA - ESCRIVENTE

AUTORIZADO



"Dando fé aos seus atos"

Celos:8450730.ZBT072019010118010150730.VHF0720190101181

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398232/19

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

CPF: 039.768.844-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2019

Titular do CPF: JOSE DE LIMA ANDRADE

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE DE LIMA ANDRADE : 039.768.844-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 14/05/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ JUNIOR, CRM nº 16479 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

039.768.844-05

4 - Nome completo da vítima:

Jose de Lima Indrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Jose de Lima Indrade

7 - Profissão:

recuso

8 - Endereço:

Rodovia BR

6 - CPF:

039768.844-05

11 - Bairro:

Barro

12 - Cidade:

Simbaíba

9 - Número:

408

10 - Complemento:

casa

15 - E-mail:

eholpaxat@hotmail.com

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55870-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 9-97167948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECLUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

25036

8

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascituro)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Indenização digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Alcione Alves da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Simbaíba, 04/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 12/11/2019 Term: 063994 N.Trans.: 6055
Hora: 09:53

Valor: 2,00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 1877 / TIMBAUBA
Conta: 0025036-8

Titular 1: JOSE DE LIMA ANDRADE

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Seja pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia

541570
039 8232/19POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAUBA
4ª CIRCUNSCRIÇÃOGOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ªDESECBOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0136001399**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **16:41****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **14/5/2019** no período da **Manhã**Fato ocorrido no endereço: **BR 408, PROXIMO A ARENA DE TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR \ AGENTE)
ALCIONE ALVES DE SOUZA (OUTRO)
JOSE DE LIMA ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE LIMA ANDRADE**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE DE LIMA ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA NOBERTO DE LIMA Pai: MANOEL SEBASTIAO DE ANDRADE Data de Nascimento: 7/7/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO ANGELIM , S/N ZONA RURAL - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL****A PROPRIA VITIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL****ALCIONE ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALCIONE ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE LIMA ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KKL4265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC15209R106001**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NA BR 408 PROXIMO A ARENA TIMBAUBA , QUANDO VINHA UM VEICULO FIAT EM SENTIDO CONTRARIO E AO ENTRAR DE UMA VEZ A ESQUERDA SEM DA SINAL A VITIMA ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE NO VEICULO , ONDE VEIO A CAIR NA RODOVIA , POREM O CONDUTOR DO VEICULO O SOCORREU , E AO CHEGAR NA UPA DE TIMBAUBA ESTAVA COM UMA LESAO NO JOELHO E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE . NADA MAIS A DECLARAR .

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


JOSE DE LIMA ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 350827-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

039.768.844-05

4 - Nome completo da vítima:

Jose de Lima Indrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Jose de Lima Indrade

7 - Profissão:

recuso

8 - Endereço:

Rodovia BR

6 - CPF:

039768.844-05

11 - Bairro:

Barro

12 - Cidade:

Simbaíba

9 - Número:

408

10 - Complemento:

casa

15 - E-mail:

eholpaxat@hotmail.com

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55870-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 9-97167948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECLUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

25036

8

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Indenização digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Alcione Alves da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Simbaíba, 04/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UPA24h



TIMBAÚBA

GOV. MUNICIPAL

Hospital do
Tricentenário

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019

HORA: 10.25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE

Cartão SUS: 11 Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42

Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA

Logradouro: SÍTIO ANGELINA Nº

Complemento: CASA Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

[Assinatura]

2- ANAMNESE:

Ata Ultra de agudo de abdome
na t. sup. com tração com furo em
perna esquerda

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: SatO2 HGT

56 bpm, 110 mmHg, 120/80 mmHg, 20, 15

4 EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

D. Permeio ao corpo m.c.

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: (X) Medicação (9) Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Ultra de agudo de abdome
2. D. Permeio ao corpo m.c.
3. ASBESIZ + sutura de pele
4. TCC sob anestesia geral
5. curativo

[Assinatura]
Márcio C. S. Rosendo
COREN-PE 460.417 EMF

Flávia M. Lima
UPA 24h Timbaúba-PE
Financeira



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Joní de Lima Andrade IDADE: 42pDATA: 14/05/19 HORA: 10:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 120/80 T: 36.5 FC: 72 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 1.60HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MED ☒

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epístax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

Comp. com
crisi - 28.5.19
Jh.

III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
2- Febre sem outros sinais clínicos ()
3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()
5- Internamento eletivo ()
6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

Por referir quadro de morte, apresentando certo no exame (E).

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**)

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
3- Coriza crônica ou recorrente ()
4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
7- Dor abdominal crônica ()
8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

po clauca

Manoela S. Rosendo
CORENPE 4005412/ENF

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ORIENTOU:

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

Compare com o al 28.5.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbubá
Coordenação Financeira

**CELPE**

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50055-602
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALCIONE ALVES DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RO BR 408 75

CPF: 071 477 584-95 NIS 16131345909

BARRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	MEU	LOGIAO
081021725	UNICA	08/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	W DA INSCRIÇÃO
08/05/2018	2011808152	3085820

CONTA CONTRATO	MILANO
7011953942	05/2019
DATA DI VENCIMENTO	DATA PRELIMINARE DI PAGAMENTO
15/05/2019	06/06/2019
TOTALE A PAGARE (€)	63,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,16110640	5,73
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,88
Parcela 4/10 Plano 403001834214			62,76
Multa por atraso-NF 053428120 - 23/01/19			1,05
Multa por atraso-NF 053428120 - 11/03/19			0,36
Juros por atraso-NF 053428120 - 23/01/19			0,54
Atualização IGPM-NF 053428120 - 23/01/19			0,84

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE GÁS NATURAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
W671E3	CAT	08/04/09	23.115,00	08/05/09	23.115,00	30	1,00000	0,00

EL HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Count
MAY19	30
APR19	34
MAR19	72
FEB19	30
JAN19	81
DEC18	99
NOV18	80
OCT18	194
SEP18	0
AUG18	84
JUL18	0
JUN18	93
MAY18	94

INFORMATION ON THE FOLDER

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR
S	5,75	1,39	
FUND	6,76	6,37	

Faturando pela primeira vez - Curitiba
 Distribuidora, Artigo 98, Resoluções ANEEL
 474/2002

TARIFAS APLICADAS

Consumo Alvo: 30 kWh

Q1709371

RESERVADO AO PSC

8057 4ED8 33FB 281A 0F54 D3DE 588B 0F07

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

Para a elaboração do MPO, o autor entrevistou sete médicos e seis enfermeiros que exercem funções no serviço de Urgência. Para a elaboração do JMI, foram entrevistados sete enfermeiros do serviço de Urgência, quatro enfermeiros do Pronto Atendimento, quatro enfermeiros do Centro de Diagnóstico e Quatro enfermeiros do Centro de Tratamento. Também foram entrevistados dois enfermeiros do Centro de Diagnóstico e Quatro enfermeiros do Pronto Atendimento. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2010, até o mês de maio de 2011. Para a coleta de dados, foram realizadas reuniões com os enfermeiros, com o intuito de explicar o objetivo da pesquisa e a importância da participação dos enfermeiros na elaboração do MPO e JMI.

44-38861-101, Jan. 21, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 264

WILLIAMS, J. R. 1990. THE EFFECTS OF THE INTERMEDIATE

THANG/QUARTO	SALDO ESPONDA	LIMITE MENSUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TE NOR
	1,25	11,50	22,75	46,75	
DHS	1,00	7,67	15,34	30,68	
PVC	1,28	8,28	0,00	0,00	
OMC					

BR-01 Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 2,70

Níveis de tensão

Tensão (V)	Limite de variação (%)	
	atômico	molecular
220	20	23

UNPROTECTED AND REMOTE. SPECIAL SERVICES ARE NOT AVAILABLE IN REMOTE AREAS.

COMTA CENTRATO	MESIANO	DATA DE ENCERRAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
	03/2019	15/05/2019	63,03

83860000000-0 63030011007-3 01195394210-0 13933855993-2



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444 / 32,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose de Lima Andrade inscrito
(a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Jose de Lima Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço	<u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número	<u>123</u>	Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Limbuco</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>ehdperat@hotmail.com</u>			<u>(81) 9 9163-6662</u>		<u>(81) 9 9163-6662</u>	

Limbuco de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444 / 32,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose de Lima Andrade inscrito
(a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Jose de Lima Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço	<u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número	<u>123</u>	Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Limão</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>ehdperat@hotmail.com</u>			<u>(81) 9 9163-6662</u>		<u>(81) 9 9163-6662</u>	

Limão de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Alcione Alves de Souza
RG de nº 3008802, data de expedição 25/04/2002
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 071.477.564-95, com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de PE
onde resido na Rodovia BR, Centro
nº 408, Complemento Casa 75, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Jose de Lima Andrade
cujo o condutor era Jose de Lima Andrade.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Fenda CG 150 TITAN Ano 2009
Placa: KKL 4265 Chassi: 9C2-KC15209R106001
Data do acidente: 14 / Maio de 2019
Local e Data: Timbaúba, 05/06/19

Alcione Alves de Souza
Assinatura do Declarante:

(Reconhecer por autenticidade)

Assinatura do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE TIMBAÚBA/PE	Tabelião: Geomar Brito Medeiros Substituta: Mariane Alves Dias Rua Doutor Alcibíades, nº345/Térreo - Centro - Timbaúba/PE - (81) 3631-3363	Consulte a autenticidade de selo digital em www.jpe.jus.br/selodigital
Reconheço por Autenticidade a firma de ALCIONE ALVES DE SOUZA , Dout. Timbaúba - PE, 06/06/2019 10:01:39. Emol: R\$ 3,59, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,98, TSNR R\$0,80, FERC R\$0,40 MARIANE ALVES DIAS - Substituta		
Selo: 0150730 FAX 0520190103072		

Mariane Alves Dias
Substituta

QR Code: